Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Basel.

(Direktor Prof Dr. med. et phil. Wolff.)

Ueber
das Verhalten des Körpergewichts bei Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

Hipolit Schoenmann

aus **Warschau.**

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

BASEL
Buchdruckerei Brin & Cie., Spalenvorstadt 9
1915.

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt auf Antrag von *Professor Wolff.*

Meinen lieben Eltern gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548801_0095

Unter allen den zahlreichen Wechselbeziehungen zwischen Seele und Organismus sind nicht am wenigsten bemerkenswert die in ihren Ursachen und zumal in der Art und Weise ihrer Wirkungen noch immer dunkeln Einflüsse, welche die psychischen und die vegativen Prozesse auf ihren Ablauf gegenseitig ausüben. Wie schon beim geistesgesunden Menschen die Ursachen solcher Modifikationen seiner Gemütsstimmung, für die keine psychische Veranlassung vorliegt, hauptsächlich in Störungen seiner Ernährung zu finden sind, so tragen letztere auch bei Irren in erster Linie an den Exacerbationen seiner Seelenstörung Schuld. Das Absterben des Gemütslebens, das Auftreten von Selbstmordversuchen, Hallucinationen, findet man doch meistens bei Geisteskranken in der Zeit, in welcher das Köpergewicht im Sinken begriffen ist.

Krafft-Ebing[1]) schreibt in seinem Lehrbuch: „Die Verhältnisse des Stoffwechsels und der Gesamternährung, deren Massstab uns annährend Köpergewichtswägungen abgeben, berechtigen zu der Annahme, dass mit der psychischen Erkrankung tiefe Störungen des Gesamtstoffwechsels Hand in Hand gehen, und dass die Mehrzahl der Psychosen nichts anderes, als der Ausdruck von schweren Ernährungsstörungen ist, an denen das Gehirn teilnimmt, und wobei eine prädisponierende Schwäche dieses Organs, als locus minoris resistentiae, die psychischen Funktionsstörungen in den Vordergrund der gesamten Krankheitsbilder stellt!

Auf den ursächlichen Zusammenhang jener Erscheinungen möchten wir hier nicht näher eingehen, denn das würde gerade so weit führen, wie das Studium der Aetiologie der meisten Psychosen. Hier soll nur das Charakteristische der uns vorliegenden Gewichtskurven behandelt werden. Unseren Erwägungen möchten wir einige geschichtliche Betrachtungen vorausschicken.

Nasse[2]) fand im Initialstadium der meisten Psychosen ein Sinken des Körpergewichts und, dass parallel mit der Genesung ein

ziemlich beträchtlicher Anstieg erfolgt. Dies stimmt überein mit dem von *Esquirol*[3]) aufgestellten Grundsätze: „Dass das Körpergewicht während der Dauer der Psychose stetig sinkt und erst wieder bei einer Aenderung des Krankheitsbildes, sei es zur Genesung, sei es zu sekundärem Blödsinn ansteigt."

Beim Fehlen des Anstieges in derartigen Fällen hält *Nasse*[2]) die Heilung für zweifelhaft.

In diesem Sinne äussert sich auch *Fürstner*[4]), der die Beobachtung machte, dass es in solchen Fällen „oft und schnell zu Recidiven kommt," ferner *Kraepelin*[5]), welcher auf Fälle hinweist, wo „der Krankheitszustand sich günstig gestaltet, ohne dass die Ernährung sich in entsprechendem Masse bessert;" — „derartige Wendungen", fährt der Autor fort, „sollen stets so lange mit äusserstem Misstrauen betrachtet werden, bis die unbedingt notwendige, aber zuweilen verzögerte Körpergewichtszunahme endlich eingetreten ist."

Nasse[2]) glaubte ferner in acuten Fällen je nach der geringen oder grösseren Zunahme auf eine mehr oder weniger anhaltende Besserung schliessen zu können.

Huppert[6]) widerspricht Nasse's Ansicht, da er glaubt, dass „die Zunahme des Körpergewichts keine somatische Besserung d. h. Vervollkommnung des Ernährungszustandes bedeute die geistige Besserung aber mit der somatischen Hand in Hand gehe."

Bezüglich des Verhaltens des Körpergewichtes in chronischen Fällen kommen *Nasse*[2]) und *Esquirol*[3]) zu den Resultaten, dass die dauernde Gewichtszunahme bei Fortbestehen der geistigen Störungen den Uebergang in Blödsinn ankündigt. Dieselbe Ansicht hat *Fürstner*[4]) in folgenden Worten ausgesprochen: „Vermehrung des Körpergewichtes bei gleichbleibender Stärke oder Steigerung der krankhaft psychischen Symptome ist als ungünstiges Omen aufzufassen."

Pförringer[7]) nimmt jedoch an, in derartigen Fällen könne „eine Zunahme des Gewichts sehr wohl eine Besserung, trotz noch bestehender Krankheitserscheinungen, annoncieren, ohne dass ein Verblödungsprozess eintritt."

Auch die Beobachtungen von *Stern*[8]) sprechen gegen *Nasse*'s Ansicht. „Die Gewichtserhöhung bei länger dauernder Krank-

heit hat nichts mit einer üblen Prognose zu tun, sondern ist für uns nur ein anderer Ausdruck dafür, dass eben die Krankheit schon lange dauert nicht aber, dass sie unheilbar ist. Die lange dauernde Krankheit bringt aber die Erhöhung des Gewichtes mit sich."

Bei *Kraepelin*[5]) findet sich ein Gedanke ausgesprochen, welcher die Widersprüche der eben zitierten Ansichten lösen könnte.

In derartigen Fällen „kann nämlich die Entscheidung, ob die Wendung eine günstige oder ungünstige Bedeutung hat, in einzelnen Fällen recht schwierig werden. Meist werden", fährt der Autor fort, „allerdings die allmählich deutlich hervortretendenden Zeichen der Genesung oder des Schwachsinns bald das Urteil ermöglichen."

Soviel über die Fälle im Allgemeinen und wir möchten jetzt, um unser Thema zu erschöpfen, auf spezielle Fälle näher eintreten.

Eine reichhaltige Literatur hat besonders das Studium über das Verhalten des Körpergewichts bei circulärem Irresein zu Tage gefördert.

L. Meyer[9]) wies auf ein besonderes Verhalten des Körpergewichts bei circulärer Manie hin, und auf Grund von vier genau verfolgten Fällen, stellte er den Satz auf, dass die circuläre Manie sich vor allem dadurch unterscheidet, dass das Körpergewicht bei ihr zunehme — ein Gegensatz zu dem oben von *Esquirol*[3]) angegebenen Grundsatz.

L. Meyer[9]) beschreibt einen Kranken während der manischen Phase im circulären Irresein: „Das Haar wurde glänzender und stärker, einzelne kahle Stellen auf dem Scheitel, an Stirn und Schläfenrande bedeckten sich wieder mit jungem Haarwuchse, graue Haare, auch wenn sie vorher reichlich vorhanden waren, wurden wenig bemerkbar."

Auch *Stief*[10]) und *Baillarger*[11]) machten aufmerksam auf das diametral verschiedene Bild, dass die Kranken in der Exaltation und in der Depression nicht nur bezüglich ihres psychischen Zustandes, sondern auch in körperlicher Hinsicht bieten. „Der Uebergang aus dem Stadium der Exaltation in das der Depression",

äussert sich *Stief*[10]), geht mit Sinken des Körpergewichts einher und umgekehrt, der Uebergang aus dem Stadium der Depression in das der Exaltation mit Steigen des Körpergewichts.“ „Beim höchsten Stande der letzteren ist die Exaltation, bei tiefstem die Depression in voller Blüte.“

Die Wichtigkeit, welche namentlich in differentialdiagnostischer Beziehung dieses eigenartige Verhalten der circulären Manie besitzt, rief natürlich eine grosse Zahl von Nachprüfungen hervor, welche teils eine Bestätigung dieser Beobachtung brachten, teils dieselbe negierten. Unter den Anhängern weisen wir auf *Pförringer*[7]) hin, der konstatieren konnte, dass „die Stimmungskurve nach ihren positiven und negativen Anschlägen begleitet wird.“

Auch *Schüle*[12]) bestätigt diese Befunde „der Polymorphismus des psychischen Gebiets“, fügt er hinzu, „gilt auch für dieses physiologische.“ Unter den Gegnern der Meyerschen Beobachtung finden wir *Stark*[13]), *Pilcz*[14]), *Stern*[8]), *Ripping*[15]), *Karrer*[10]), *Dittmar*[17]).

Ripping[15]) teilt Beobachtungen mit, bei welchem die Nahrungsaufnahme in beiden Stadien angeblich gleich waren „doch das Körpergewicht in der Agitation aufzunehmen, in der Depression zuzunehmen pflegte“, während *Dittmar*[17] bei seinen Kranken in verschiedenen Stadien keinerlei Regelmässigkeit fand.

Karrer[16]) spricht die Ansicht aus, dass „im maniakalischen Zustande Sinken des Gewichtes eintreten werde, wenn motorisc e Unruhe dabei vorhanden sei, — Gleichbleiben oder Steigen desselben, wenn die Aufregung sich auf das psychische Gebiet beschränke.“

Stark[13]) und *Stern*[8]), die ebenfalls Beiträge zum Verhalten des Körpergewichts bei dem circulären Irresein geliefert haben, sprechen sich gegen die von *Karer*[16]) geäusserte Gesetzmässigkeit aus.

Bei der Differentialdiagnose zwischen circulärer und einfacher Manie kann nach *Pilcz*[14]) ein Ansteigen des Gewichtes während eines manischen Zustandsbildes zu Gunsten der einfachen Manie verwertet werden; „wir dürfen aber nicht umgekehrt eine cyclische Manie ausschliessen, wenn wir ein Absinken derselben beobachten.“

Bei *Emmerich*[18]) findet sich ein Gedanke ausgesprochen, welcher die Widersprüche zwischen den erwähnten Ansichten lösen könnte. Danach käme es auf den Typus des einzelnen Anfalles an, ob die Verlaufart Manie-Melancholie oder umgekehrt vorliegt.

Für die erste Verlaufart stimmt es mit der Mayerschen Beobachtung, für die umgekehrte mit derjenigen von Ripping überein.

Damit glauben wir das wesentliche, was bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei circulärem Irresein konstatiert wurde, gesagt zu haben.

Uebereinstimmend mit *Nasse*'s[2]) Ansicht, wonach „bei akuter Manie oder Melancholie jedesmal ein Sinken des Köpergewichts eintritt, welches mit zunehmender Besserung wieder steigt, behauptet *Lombroso*[19]) dass man einen Patienten, welcher maniakalisch erregt, in eine Anstalt gebracht worden sei, falls er nach und nach aufhöre, weniger irre zu sprechen, für einen Simulanten erklären müsse, wenn das Körpergewicht nicht zunehme — eine Ansicht, die in differentialdiagnostischer Hinsicht ein gewisses Interesse bietet, deren Bestätigung wir allerdings in der Literatur nicht fanden.

Bei periodischer Manie wies *Stern*[8]) auf „das höchst charakteristische Bild, der steilen Kurven bei den ersten Anfällen" hin, „die sowohl im Abfall, ohne dass sich causale Beziehungen nachweisen lassen, als auch im Anstieg steil sind."

In diesem Sinne äussert sich auch *Fürstner*[4]), der ferner fand, dass „hier gelegentlich Schwankungen von einer Ausdehnung und zwar in kürzester Zeit zur Beobachtung gelangen, wie sie uns unter normalen und pathalogischen Beziehungen anderweitig wohl kaum begegnen."

Die Ansichten bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei periodischer Manie und Melancholie in den Fällen periodischer Amentia und Paranoia von *Pilcz*, *Stern* und *L. Meyer*[9]) lassen sich resumieren mit derjenigen von *Krafft-Ebing* welcher fand, dass „bei periodischem Irresein bricht der Paroxismus gleichzeitig mit dem Sinken des Körpergewichts aus und dauert solange fort, als dieses sinkt. Die Besserung fällt zusammen mit dem Wiederansteigen des Gewichtes."

Unseren Erörterungen möchten wir die Beobachtung bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei manisch-depressiven Irresein von *Kraepelin*[20]) anschliessen.

Kraepelin verwarf bekanntlich nicht nur die periodische Manie, indem er jede Manie eoipso als periodische ansieht, sondern überhaupt die Unterscheidung in circuläre Formen und periodische Psychoneurosen im engeren Sinne; es gebe danach nur eine einzige Gruppe, das „manisch-depressive Irresein." Bei manischen Zuständen des manisch-depressiven Irreseins fand er dass „während der Tobsucht das Körpergewicht stets sehr bedeutend sinkt, während es in hypomanischen Anfällen meist ansteigt;" bei depressiven Zuständen beobachtete Kraepelin, dass „das Körpergewicht bedeutend zu sinken pflegt, namentlich indem mit Wahnbildung oder Stupor einhergehenden Formen," endlich bei Mischzuständen: „während der Erregung ansteigt um genau mit dem Einsetzen der Verstimmung wieder zu sinken."

Die Kraepelinsche Beobachtung bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins stimmt überein, wie wir sehen, mit der von *L. Meyer*[9]) bei circulärem Irresein. Bei Epilepsie fand *Kowalewskyj*[21]), der sich mit dem Verhalten des Körpergewichts bei epileptischen Anfällen beschäftigte und über eine grössere Anzahl derartiger Fälle verfügte, dass „jeder epileptische Anfall einen bedeutenden Verlust an Gewicht nach sich zieht und dass dieser Gewichtsverlust ein objektives Merkmal und ein Beweis für das Vorhandensein epileptischer Krämpfe sei."

Ausgehend von der Erscheinung, dass eine grössere Arbeit des Organismus auch einen grösseren Verbrauch des Stoffes nach sich ziehe, d. h. einen grösseren Verlust an seinem Gewicht, wendet der Autor denselben Satz an, um einen wirklichen Epileptiker von einem Simulanten zu unterscheiden.

Die Wichtigkeit, welche namentlich in differentialdiagnostischer Beziehung dieser Satz besitzt, veranlasst *Olderogge*[22]) zu einer Nachprüfung, die ein negatives Ergebnis hatte.

Von *Olderogge*[22]) fand keine nennenswerte Abnahme des Körpergewichts bei den epileptischen Anfällen. Ueberhaupt glaubt er, dass „nach veralteten Fällen, wo es dem Organismus schon gelungen ist, sich diesen Anfällen anzupassen und wo diese An-

fälle häufig vorkommen, die Abnahme des Körpergewichts eine sehr beschränkte ist."

Ab und in wiefern der Satz, dass die Schwankungen in den psychischen Störungen den Oscillationen der Gewichtskurve kongruent sind, sich etwa zur Unterscheidung der Simulation von Irresein verwenden lasse, dafür fehlt in der Literatur jede andere Beobachtung eines solchen Falles.

Bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei der Dementia praecox fanden wir in der Literatur wenige Angaben. Als Erklärung könnten vielleicht die Worte von *Pilcz*[23]) herangezogen werden, dass bei Dementia praecox „die Erscheinungen in der körperlichen Sphäre keine besonders reichliche, noch weniger irgendwie charakteristische Ausbeute bieten." *Pförringer*[7]) will als unterstützendes Moment bei der Diagnose der Dementia praecox das Verhalten des Körpergewichts verwerten.

Er fand, dass Geistesstörungen mit hervortretenden Erscheinungen auf effektivem Gebiete den Verdacht auf Jugendirresein erwecken, wenn das Körpergewicht ohne Beeinflussung durch manische oder depressive Stimmung stetig ansteigt.

Bei der Paralyse fand *Fürstner*[4]), der eine grössere Anzahl von Fällen verfolgte, übereinstimmend mit *Kraepelin*[20]) und *Pilcz*[25]), folgendes Verhalten des Körpergewichts: „In der Initialperiode ist zunächst starkes Sinken zu beobachten; dann allmählich oft viele Monate hindurch ein Abstieg bis zu Höhen, die oft vor der Erkrankung nicht erreicht wurden; weiter ein längerer Stillstand oder wenigstens nur unbedeutende Schwankungen und endlich ein ganz regelmässiges Sinken, für das die äusseren Verhältnisse keine Erklärung bieten." „Die paralytischen Anfälle", fährt der Autor fort, „gehen fast mit regelmässigen beträchtlichen Schwankungen des Körpergewichts einher."

Sind nur die soeben gekennzeichneten Kurven bei der Diagnose in zweifelhaften Fällen zu verwerten? Diese Frage fanden wir bei den genannten Autoren nicht erörtert.

Huppert[6]) und *Pförringer*[7]) verweisen auf den Widerspruch, auf welchen die oben erwähnte Beobachtung von *Nasse*[2]) bei der Paralyse stösst. „Die oft excessive Gewichtszunahme bei Paralytikern durch überreichen Fettansatz", sagt *Pförringer*[7]) „gestattet gewiss nicht, den Schluss auf Besserung der Krankheit

zu ziehen. In diesem Sinne äussert sich auch *Huppert*, der die Gewichtszunahme bei Paralytikern nicht als eine „Vervollkommnung des Ernährungszustandes“ ansieht.

„Diese somatische Besserung“ bemerkt der Autor, „ist so wenig eine wirkliche Hebung des Standes seiner Ernährung, wie die eingetretene Beruhigung eine Rekonvallescenz auf psychischer Seite, sondern beide nur scheinbar; in Wahrheit ist die eine der Anfang der Verblödung, wie die andere eine Verschlechterung oder Herabsetzung im Stande der stofflichen Zusammensetzung.

Zum Schlusse möchten wir auf die Arbeit von *Fürstner*[1]) hinweisen, der das Thema „über das Verhalten des Körpergewichts bei Psychose“ nach folgenden Prinzipien einteilt.

Er unterscheidet drei Kategorien der Kranken: erste, bis zur Erkrankung rüstige Gehirne“ – hierher gehörige Patienten zeigen eine steile Gewichtskurve, die bis zur Genesung oder darüber anhält. Diese Art der Kurven ist die günstigste.

Zweite Kategorie: „Prädisponierte oder zur Recidivität neigende“. — Hier merkt man das Schwanken des Gewichts. — Der Abstieg ist ebensowenig wie der Anstieg steil.

Hier sei als Beispiel auf das von dem Autor oben erwähnte Verhalten des Körpergewichts bei Paralyse angewiesen.

Endlich die dritte Kategorie „chronisch erkrankte Gehirne,“ darunter fasst *Fürstner*[1]) periodische, cirkuläre, epileptische Psychosen zusammen; hier sollen bei dem Einzelanfall Schwankungen von einer grossen Stärke zu beobachten sein.

Es ist zunächst ganz allgemein festzustellen, welche Veränderungen das Körpergewicht nach der Aufnahme in die Irrenanstalt erfährt.

Zu diesem Zwecke ist eine diesbezügliche Statistik aufgestellt über sämtliche Fälle der Patienten, welche im Verlaufe der letzten vier Jahre die Basler psychiatrische Anstalt verlassen haben.

Die Zahl der Krankengeschichten beläuft sich auf 486 Fälle.

Hier sei bemerkt, dass die Patienten regelmässig, in Intervallen von einer Woche, unmittelbar nach dem Bade gewogen werden. Nach dem Verhalten der Körpergewichtskurve, haben wir den Stand der Ernährung im einzelnen Falle beurteilt.

Wie verhielt sich das Körpergewicht bei Pa-

tienten nach dem ersten Monate der Anstaltsbehandlung?

Auf 486 Fälle:

381 Patienten haben an Gewicht zugenommen.

65 Patienten haben abgenommen.

Bei 40 Patienten ist die Körpergewichtskurve nach anfänglichen Schwankungen auf das anfängliche Niveau zurückgegangen.

Wie verhielt sich das Körpergewicht zu dem Austritt aus der Anstalt?

Auf 455 Fälle (die Zahl der Todesfälle nicht inbegriffen.)

374 Patienten, die die Anstalt mit höherem Gewichte verlassen haben, als sie in dieselbe eingetreten sind. 67 mit niedrigerem Gewicht bei 14 die Körpergewichtskurven nach einhergehenden Schwankungen zum Austritt auf das anfängliche Niveau zurückgegangen sind.

Die resultierenden Zahlen lassen erkennen, dass der unmittelbare Einfluss der Anstaltbehandlung unter anderem sich in der Hebung des Ernährungszustandes zeigt, wonach die Patienten in der ersten Zeit wie beim Austritt aus der Anstalt in der Mehrzahl der Fällen an Gewicht zugenommen haben.

Der Gang der Körpergewichtsveränderungen bei Patienten nach der Aufnahme in die Anstalt ist aus den Beispielen zu sehen.

1. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 1)

Es handelt sich hier um einen Akademiker, der in der Anstalt unter Erscheinungen der Dementia praecox aufgenommen wurde. Er ist hereditär belastet. Anamnestisch erfahren wir, dass der Patient seit jeher an Hypochondrie gelitten hat. Dazu traten in der letzten Zeit Verfolgungsideen, Selbstmordgedanken, Hallucinationen. Er kam in diesem Zustand in die Anstalt.

Die Gewichtskurve stieg anfänglich etwas an, um bald wieder zu sinken. Während des schlechten Ernährungszustandes traten auch negativistische Erscheinungen auf. Der Patient, welcher nun lange Zeit die Nahrungsaufnahme verweigert hatte, musste mit der Sonde ernährt werden.

Die Körpergewichtskurve, die während der Zeit stationär geblieben war, nahm nun einen steilen Abstieg, der uns eine Verschlimmerung befürchten liess. Es schien aber nicht der Fall

zu sein, denn das psychische Bild des Patienten konnte eine Zeit beinahe als normal gelten, er war, wie wir aus der Krankengeschichte entnehmen, geordneter, hatte gute Krankheitseinsicht, könnte mit Verständnis lesen. Er machte den Eindruck eines Rekonvaleszenten.

Alles sprach für eine Remission nur das Ausbleiben der Gewichtszunahme dagegen.

Es war in Wirklichkeit eine Pseudoremission, denn bald trat bei noch stärkerem Sinken des Körpergewichtes ein Recidiv ein. Der Patient wurde stupurös äusserte nun ständig Wahnideen, hatte Hallucinationen, er bot ein schweres psychotisches Bild dar. Da der Patient immer grosse Schwierigkeiten mit dem Essen machte, so wurde streng darauf geachtet, dass er alles ass. Nun hob sich die Ernährung. Anfänglich zeigte der Patient immer noch die gleichen starken psychischen Störungen, aber bei weiter fortdauernder Besserung im Ernährungszustande, die sich in der letzten Zeit in der Zunahme von 11 Kg. äusserte, trat eine deutliche diesmal wirkliche Remission ein.

Der Patient konnte als geheilt entlassen werden, und wie uns bekannt ist, betreibt er seither sein Studium weiter.

2. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 2)

Patient X. J., von Beruf pract. Arzt, wurde nach einem erfolglosen Suiicidversuche in schwerem Zustande der Anstalt überliefert. Beim Eintritt zeigt er deutliche Zerfahrenheit, maniriertes Benehmen und jammerte den ganzen Tag. Bezüglich der Heredität wissen wir, dass der Patient aus psychisch belasteter Familie stammt. Anamnestisch erfahren wir, dass schon während der Studienzeit der Patient einen Zustand von lang anhaltender unbegründeter hypochondrischer Verstimmung zeigte. Während des hiesigen Aufenthaltes machte der Patient grosse Schwierigkeiten mit der Nahrungssaufnahme, die ihm deswegen mit grosser Sorgfalt zugeführt werden musste. Unter der fortwährenden Zunahme an Gewicht konnte eine Besserung in seinem psychischen Verhalten erzielt werden, die auch andauerte. Während des fünfmonatlichen Aufenthalts in der Anstalt, nahm er an Gewicht 20 Kg. zu. Er trat als geheilt aus, und wie wir wissen ist er zur Zeit ein tüchtiger Arzt.

3. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 3)

Es handelt sich hier um einen Psychopathen H. K. der nach vier misslungenen Suicidversuchen in die Anstalt eintrat und hier versuchte „sich totzuhungern." Er kam schwer deprimiert hier an. In den ersten zwei Wochen sank das Körpergewicht und zugleich vermehrte sich die Intensität seiner psychischen Erscheinungen. Der Patient wurde stärker deprimiert und unzugänglich. Bald aber war die Hebung seines Ernährungzustandes erzielt worden. Sein psychisches Bild klärte sich: Die depressive Stimmung nimmt immer mehr ab er wird heiterer gesprächiger und gewinnt Interesse an seiner Umgebung. Mit dauernder Zunahme des Körpergewichts klingt die Depression vollständig ab. Der Patient, der nun keine Selbstmordgedanken mehr äussert, kann als geheilt entlassen werden.

Er hat während drei monatlicher Anstaltsbehandlung 14 Kg. zugenommen.

Im Hinblick auf die Beziehung zwischen Geisteskrankheit und Körpergewicht und auf Grund unseres statistischen Ergebnisses, wonach in der Mehrzahl der Fälle eine Restitution des Ernährungszustandes erzielt wurde, kommen wir zu der Vorstellung, dass die Erhaltung des Ernährungszustandes auf der normalen Höhe, oder wo derselbe bereits unter dieses Mass gesunken ist, die entsprechende Hebung deshalb als eine der wichtigsten Aufgaben der Behandlung bei Psychosen angesehen werden muss.

Es bietet sich in dieser Beziehung ein Analogon mit der Therapie bei der Phtise, wo ebenfalls aus Mangel an specifisch wirkenden Mitteln auf die Ernährung als einen wichtigsten Faktor zur Bekämpfung der Krankheit hingewiesen worden ist. (*Staehelin**)

Es scheint uns nicht ohne Interesse, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass bei den hier internierten Patienten (vide statist. Ergebnis) als Nebenbefund in keinem Falle manifeste Erscheinungen einer Phthise gefunden wurden, die vielleicht bei dem einen oder andern Patienten latent vorhanden war.

Dieser Umstand spricht zur Genüge für die Analogie in der Therapie bei Psychosen.

---

*) Notiz aus den klinischen Vorlesungen.

Wenn es zu den wichtigsten Aufgaben der pract. Psychiatrie gehört die Prognose des Einzelfalles baldigst und sicher mit Bezug auf den Ausgang zu stellen, so muss uns alles daran gelegen sein, diagnostische Kennzeichen zu gewinnen, die uns. ermöglichen, dass wir nicht bei Stellung der Diagnose in prognostische Irrtümer verfallen.

Es entsteht die Frage, ob das Verhalten des Körpergewichts bei Psychosen uns einige diagnostische Anhaltspunkte geben kann? Wir müssen diese Frage bejahen, denn es zeigt sich, dass die Art der psychischen Erkrankung bei gleichen psychischen Erscheinungen sich in einem Einfluss auf die Gewichtsverhältnisse bemerkbar machen kann.

Denken wir zuerst an die Negativistischen Erscheinungen, die sich in Nahrungsverweigerung äussern. Es ist verständlich, dass, wenn die Patienten keine Nahrung zu sich nehmen, das Körpergewicht sinken muss, da der Organismus das Fehlende auf eigene Kosten ersetzen muss. Bei verschiedenen Krankheiten reagiert aber die Sondenfütterung nicht in gleicher Richtung. Je nach dem Grade der Schwere des jeweiligen psychotischen Zustandes wird das Resultat der Hebung der Ernährung entsprechend zu erwarten sein.

5. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 5)

Fr. H. leidet an Hysterie. Anamnestisch wurde angegeben, dass sie „als besonders nervös und sehr lebhaft gelte". Wegen unüberwindlicher Nahrungsverweigerung musste sie permanent während achtmonatlicher Behandlung mit der Sonde ernährt werden. Das zuerst gesunkene Körpergewicht stieg andauernd unter energischer Anwendung der Sondenfütterung. Während der Behandlung stieg das Gewicht von 41 kg auf 55,5 an.

So trat auch Besserung im Betragen ein und die Patientin konnte die Anstalt verlassen.

6. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 6.)

Patientin Th. leidet an manisch-depressivem Irresein. Sie ist hereditär belastet. Als auslösende Ursache des heftigen Zustandes wurde der plötzliche Tod ihrer Freundin angegeben. Sie

trat erregt in die Anstalt ein, äusserte Verfolgungsideen und Verkennung der ihr bekannten Personen.

Mit der Aufregung sank das Körpergewicht zuerst um 4 kg. Es stellte sich Verschlimmerung im psychischen Bilde ein: Die Patientin wurde zurückhaltend und verweigerte die Nahrungsaufnahme.

Während der zweimonatlichen Sondenfütterung schwankte die Körpergewichtskurve, stieg aber wieder, worauf die Patientin freiwillig Nahrung zu sich nahm. Das Körpergewicht hat nun die anfängliche Höhe erreicht, die Patientin wurde klar. Sie konnte in ihrem besten normalen Zustande entlassen werden.

7. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 7.)

Es ist eine Dementia praecox Patientin (Frau G.). Sie war in der Schule eine der ersten. In der Jugend war sie nie krank. Vor einiger Zeit ist es der Umgebung aufgefallen, dass die Patientin „merkwürdig lustig geworden ist". Sie trat sehr erregt in die Anstalt ein. Während sie in erster Zeit stark an Gewicht abgenommen hat, wurde sie negativistisch und verweigerte das Essen. Die Sondenernährung, die während längerer Zeit angewendet werden musste, brachte bald eine Erhöhung des Körpergewichts. Und nun nimmt sie wieder die Nahrung freiwillig zu sich. Mit dem beständig im Ansteigen begriffenen Gewichte wurde die Patientin ruhiger. Sie konnte als völlig normal entlassen werden.

Während bei verhältnismässig leichten psychotischen Zuständen (wie sie hier bei Hysterie, manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox beschrieben wurden) nach dem Einsetzen der Sondenfütterung das Körpergewicht zu einem normalen Ernährungszustande sich zu erheben vermag, trifft dies bei schweren psychotischen Zuständen nicht zu.

8. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 8.)

Es handelt sich hier um eine Patientin, die von Dementia paranoiles befallen wurde. Sie trat stark deprimiert hier ein. Während der ersten vier Wochen bot sie ein schweres psychisches

Krankheitsbild, hatte starke Hallucinationen, äusserte oft Vergiftungsideen und wurde Negativistisch. Da sie auch die Nahrung verweigert hatte, so musste sie mit Sonde ernährt werden. Das stark gesunkene Gewicht vermochte sich zwar zuerst etwas zu heben, bald aber sank es wieder, da die Exacerbationen nicht nachgelassen haben. Die Sondenfütterung, die jetzt andauernd während den letzten zwei Monaten durchgeführt wurde, konnte keine guten Resultate zur Hebung der Ernährung erzielen.

9. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 9.)

Unter heftigen Symptomen der Katatonie trat Patientin N. in die Anstalt ein. Der Ernährungszustand der Patientin wurde immer schlechter und in der Folge auch das psychische Befinden. Die Körpergewichtskurve konnte auch hier in die gewünschte Richtung, trotz der Sondenfütterung, nicht gebracht werden.

Treten im Verlaufe der Zeit negitivistische Erscheinungen, die sich in der Nahrungsverweigerung äussern, ein, so lässt sich fast immer bei derartigen schweren psychischen Zuständen beobachten, dass das Körpergewicht nach einer anfänglichen oft geringer Zunahme andauernd sinkt.

Wenn wir auf die Ernährungsverhältnisse bei Psychosen näher eingehen, so müssen wir daran denken, dass sonst ein Sinken des Körpergewichts zu erwarten ist und in allen Zuständen, welche mit Verweigerung der Nahrungsaufnahme einhergehen, zu einem solchen führen. 1. depressive Stimmung, 2. die Unruhe im manischen und maniformen Zuständen, welche die Patienten der Nahrungsaufnahme nicht genügende Aufmerksamkeit schenken lässt. Es ist etwas anderes, ob im depressiven und etwa gar mit Stupor einhergehenden Zuständen das Verlangen nach der Nahrung schwindet oder ob, wie in manischen resp. maniformen Zuständen der Patient sich wesentlich zur Nahrungsaufnahme nur keine Zeit mehr lässt. Wieder etwas anderes ist es, wenn die Patienten Vergiftungsideen zeigen und deshalb die Nahrung verweigern. Auf jeden Fall ist zu unterscheiden zwischen dem Gewichtsverlust infolge gänzlicher Nahrungsverweigerung oder zu geringer Nahrungsaufnahme und dem Gewichtsverlust bei an sich etwa genügender Ernährung, aber starker psychomotonischer

Unruhe und folglich stärkerem Kräfteverbrauch. In Betracht zu ziehen ist auch, dass das Gewichtsresultat nicht nur abhängt von der Stärke der Nahrungsaufnahme, sondern auch von dem Verhalten der Resorption, davon, wie die aufgenommene Nahrung verdaut und ausgenützt wird. Auch bei genügender Aufnahme können also Störungen der Resorption zu einem Gewichtsverlust führen.

Im Allgemeinen wird man nach dem Charakter der manischen Störung erwarten können, dass, wie sich auch die Nahrungsaufnahme verhält, was wiederum von der Stärke der Erregung abhängen wird, die Resorption nicht geschädigt sein wird, so dass bei leicht manischen Zuständen mit gesteigerter Esslust, fehlender Resorptionsstörung und nicht zu starker Unruhe das Gewicht entweder erhalten bleiben, oder sogar noch steigen könnte.

Bei depressiven Zuständen wird im Allgemeinen keine besondere Esslust bestehen, die Nahrungsaufnahme also darniederliegen und, ebenso dem Charakter der depressiven Störung gemäss, auch die Resorption.

Hier wirken also beide Momente auf einen Gewichtsverlust hin.

Ebenso gleichsinnig können bei den manischen Zuständen die durch die Unruhe bedingte Verhinderung der Nahrungsaufnahme und Kräftecorsumption wirken.

Bei den depressiven Zuständen ist dann noch zu beachten, dass die Nahrungsaufnahme unter die Norm sinken und ebenso die Resorption beeinträchtigt sein wird, solange der depressive Affekt noch ein echter Affekt ist.

Es sind also eine Reihe von Einzelmomenten auseinander zu halten; vor allem immer das Verhalten in der Nahrungsaufnahme und in der Resorption, welche Vorgänge zwar parallel gehen können, es aber nicht müssen.

Unseren Betrachtungen gemäss ist also zu erwarten, dass die Erregungs, Depressions-, bezw. Stuporzustände, was das Verhalten des Körpergewichtes anbelangt, sich unterscheiden werden im Rahmen der einzelnen Krankheiten. Dies ganz besonders des manisch-depressiven Irresein von den ähnlichen Zuständen im Rahmen anderer Psychosen. Dies war vorhin bei negativistischen Erscheinungen gezeigt.

Bei manischen Zuständen des manisch-depressiven Irreseins, pflegt die Erregung mit einem Verlust an Gewicht einherzugehen.

Der Umschlag in eine hypomanische Stimmung ist als Uebergang zur Gemütsruhe zu betrachten, woher denn auch die zu gleicher Zeit vorhandene Zunahme des Körpergewichts ihre Erklärung findet. Ebenso geht die, der Erregung folgende Beruhigung mit Gewinn an Körpergewicht einher.

Dauert das Ansteigen fortwährend weiter, so deutet es auf eine bevorstehende Wendung hin, die günstig ist.

10. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 10.)

Frau S. kommt in die Anstalt in ausgesprochen maniakalischer Erregung, die eine Gewichtsverlust von 2 Kg. nach sich zog. Derselbe wurde mit dem Auftreten der Beruhigung ausgeglichen. Von Zeit zu Zeit wird sie nun wieder von heftigen Aufregungen erfasst, welche jedesmal auch von Verlust an Gewicht begleitet wird.

11. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 11.)

Patient S. ist von manischen Zuständen befallen. Heredität wird verneint. Das einzige, was die Anamnese ergab, war, dass der Patient Potator ist.

In hypomanischer Stimmung nahm er an Gewicht zu, daraufhin beruhigte sich der Patient. Das Körpergewicht, welches jetzt einen Monat lang stationär geblieben war, sank plötzlich. In der Zeit trat eine starke Erregung auf, welche auch von einem Tobsuchtsanfall begleitet wurde.

Mit der Beruhigung hob sich nun das Körpergewicht und auch eine leichte Remission konnte konstatiert werden. Der Patient war „trotz Festhaltens an seinen Wahnideen und trotz Fortbestehens einer einsichtslosen, querulierenden Stimmung äusserlich entschieden ruhiger."

Der weitere Verlauf zeigte wieder Schwankungen zwischen Erregung und grösserer Klarheit und entsprechend verhielt sich das Körpergewicht. Der Patient, der nun von Anfang seiner Krankheit 8 Kg. an Gewicht zugenommen hattte, behielt dasselbe bis zu seinem Austritt, als er im gebesserten Zustand die Anstalt verlassen konnte.

12. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 12)

Die Patientin ist von manischen Zuständen befallen. Ihre Mutter soll sehr nervös sein, sonst wissen wir von Heredität nichts. Aus der Anamnese ergibt sich, dass Patientin vor einigen Wochen der Umgebung aufgefallen ist, da sie oft Grössen-, Beziehungs- und Vergiftungsideen äusserte.

Sie trat in gehobener Stimmung in die Anstalt ein, war euphorisch und ideenflüchtig.

Bei stationärbleibendem Gewichte hat sie sich allmählich beruhigt. Während die Körpergewichtskurve andauernd im Steigen begriffen war, legte sich die Gemütserregung.

Die Remission hielt an und so konnte die Patientin, deren Ernährungszustand sich bedeutend besserte, in ihrem normalen Zustand entlassen werden.

13. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 13)

Frau Th. leidet an Manisch-depressivem Irresein. Sie trat sehr deprimiert in die Anstalt ein. Dieser Zustand dauerte einige Wochen, wo sie auch an Gewicht verlor. Bald nun schlug die Stimmung in eine hypomanische um, die Kranke beruhigte sich, woher denn auch die zu gleicher Zeit vorhandene Gewichtszunahme ihre Erklärung findet. Die Körpergewichtskurve stieg fortwährend weiter und so kam auch eine deutliche Remission in ihrem psychischen Befinden. Sie konnte sich nunmehr beschäftigen, um bald die Anstalt in ihrem normalen Zustande zu verlassen.

Bei depressiven bzw. Stupor Zuständen des Manisch-depressiven Irreseins sinkt die Gewichtskurve, um mit der Besserung im psychischen Befinden stetig anzusteigen.

Bleibt das Körpergewicht stationär, so ist es von übler Vorbedeutung.

Bei Mischzuständen des Manisch-depressiven Irreseins pflegt jeder Paroxysmus mit Gewichtsverlust einherzugehen; im Intervallun wird der Verlust wieder eingeholt.

Anhaltendes Steigen des Körpergewichts bei Manisch-depressivem Irresein erlaubt fast immer die Prognose gut zu stellen.

14. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 14)

Patientin Z. leidet an depressiven Zuständen. Wir erfahren aus der Anamnese, dass Patientin schon vor 15 Jahren einen gleichen Anfall hatte, der damals allerdings nur kurz dauerte.

Hereditär verneint. Da die Krankheit schon einige Wochen vor dem Eintritt begonnen hatte, so trat Pat. in die Anstalt in schlechtem Ernährungszustande. Sie nahm nun in den ersten Wochen hier an Gewicht zu. Da nun während weiteren vier Monaten der Ernährungszustand sich nicht hob und die Gewichtskurve stationär blieb, so trat auch keine Besserung in ihrem psychischen Verhalten ein. Sie hallucinierte nun wieder, war noch deutlich deprimiert.

15. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 15)

Die Patientin ist von depressiven und stuporösen Zuständen betroffen. Hereditär ist zu bemerken, dass die Eltern der Patientin mit einander verwandt sind, anamnestisch, dass Patientin immer nervös und reizbar war. Da nun bei Eintritt in die Anstalt die Krankheit in Besserung begriffen war, so nahm die Patientin in der ersten Zeit an Gewicht zu. Die Körpergewichtskurve, welche nachher bei der Verschlimmerung des Zustandes kurze Zeit gesunken war, hob sich allmählich wieder und bei in fortwährendem Ansteigen begriffener Gewichtskurve trat eine deutliche Remission auf und bald darauf konnte Patient gebessert entlassen werden.

Die Besserung im Ernährungszustande äusserte sich in der Zunahme von 3 Kg.

Fall 16.

(Siehe Gewichtskurve 16)

Patientin L. bietet ein Bild der Mischzustände bei Manisch-depressivem Irresein. Hereditär wird verneint. Als Kind war die Patientin immer gesund und machte gute Fortschritte in der Schule. Einige Tage vor dem Eintritt in die Anstalt fiel es der Umgebung auf dass Patientin auffallend gereizt war, fortwährend sang und ohne Grund schimpfte. Bei der Aufnahme war sie leicht erregt, verstand Fragen falsch, besass keine Krankheitseinsicht und war ideenflüchtig. Die Schwankungen in ihrem psy

chischen Zustande waren regelmässig von Schwankungen in der Gewichtskurve begleitet. Jeder Ausbruch des Anfalles, sei es depressiver oder manischer Natur, war im Grossen und Ganzen von einem Verlust an Körpergewicht begleitet. Ihr Ernährungszustand hob sich bedeutend in der invallären Zeit. Die Patientin die nur einige Kg. zugenommen hatte, wurde auch psychisch gebessert. Sie konnte als geheilt entlassen werden.

Bei der Dementia Praecox, die verschiedene Zustandsbilder in ihrer Symptomatologie bietet, sehen wir entsprechend grosse Schwankungen im Verhalten des Körpergewichts. Im Grossen und Ganzen sehen wir, dass jeder ruhig demente Zustand zu einer Gewichtszunahme führt; der einzelne Paroxysmus, besonders bei acut verlaufenden Dementia praecox, geht mit Verlust an Körpergewicht einher. Es kommt aber vor, dass D. p. Patienten immer noch gewisser Massen erregt sein können und trotzdem an Gewicht zunehmen.

Die depressiven Zustände bei D. p. Kranken, welche affectlos geworden sind, nehmen an Gewicht zu, weil hier eben der depressive Affect eigentlich nicht mehr existiert und also auch seine normale Wirkung mit Bezug auf Esslust und respekt. Vorgänge nicht mehr ausüben kann. Daher die Gewichtszunahme bei derartigen Kranken, ob sie nun erregt oder deprimiert sind.

17. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 17)

Patient K. leidet an Dementia praecox. Hereditär wird angegeben, dass sein Vater „einen sonderbaren Charakter habe. Bei dem Eintritt in die Anstalt äusserte der Patient Selbstmordgedanken und war zu gleicher Zeit sehr erregt.

Die leichte Erregung schlug bald in eine schwere depressive Stimmung um und zu der Zeit nahm der Patient stark an Gewicht ab; bei der Beruhigung stieg die Körpergewichtskurve wieder an. Während den ersten Wochen der Krankheit war jeder in Verlust an Gewicht begleitet. Da nun die Körpergewichtskurve andauernd im Sinken begriffen war, so trat auch eine Verschlimmerung in seinem psychischen Befinden ein. Nun haben die psychischen Erscheinungen an Intersität zugenommen. In diesem Zustande treten nun Unregelmässigkeiten im Verhalten des Körpergewichts, wonach bei Ausbruch der maniformen Erregung die Körpergewichtskurve gestiegen war.

18. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 18)

Patient Niz. leidet an Dementia praecox. Er ist hier in einem Zustande der maniformen Tobsucht eingeliefert worden. Die Erregung, welche andauernd stärker wurde, ging mit Verlust an Körpergewicht einher. Da der Patient die Nahrungsaufnahme verweigerte, wurde er eine zeitlang künstlich ernährt; worauf er zu der Zeit etwas an Gewicht zugenommen hatte; die Erregung ist nun wieder ausgebrochen und der Patient hat immer mehr an Gewicht verloren. Nun wurde der Patient, Rataleptisch, ganz affektlos, und verfiel in Stupor. Trotzdem nun der Stupor vier Wochen anhielt und unverändert blieb, nahm der Patient zu der Zeit an Gewicht 4,5 Kg. zu.

19. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 19)

Patientin V. wird der Anstalt überliefert, weil sie lezte Zeit ungewöhnlich deprimiert war. Ueber Hereditär wird berichtet, dass die Patientin aus einer Familie stammt, wo eine Anlage zur Nervosität und Schwermut bestehe.

In der Schule war die Patientin „nicht wie die andern Kinder, war schüchtern und konnte auf Befragen sehr oft keine richtige Antwort geben.“ Die Körpergewichtskurve der Patientin, zeigte nun eine Reihe von ziemlich regelmässigen Schwankungen, die mit einem Wechsel zwischen Erregung und Beruhigung einher gingen.

Die Patientin deren psychischer Zustand in Besserung begrifffen war, verlor jedesmal bei dem Ausbruch des Anfalles an Gewicht, um bei der Beruhigung wieder zuzunehmen. Bei fortwährendem Ansteigen der Körpergewichtskurve trat eine Remission ein, die auch andauerte. Sie konnte geheilt entlassen werden.

Den eben beschriebenen Verlauf der Krankheit, wonach also gewöhnlich das Ansteigen der Körpergewichtskurve parallel der Besserung in psychischem Befinden der Patientin einhergeht, konnten wir zur genüge auch bei den vorhin angegebenen Beispielen verfolgen. Es soll aber hier nicht unerwähnt bleiben, dass es Fälle gibt, übrigens ganz seltene, dass bei chronischen Exacerbationen die Gewichtskurve fortwährend im Ansteigen begriffen ist.

Bei „Dementia cavalytica und überhaupt bei den Patienten, die bereits im Stadium einer ausgesprochenen psychischen Schwächen zur Aufnahme gelangten, wo die Anstaltsaufnahme mehr aus äusseren Gründen erfolgte, bewirkt häufig die Gefrässigkeit eine sehr starke Nahrungsaufnahme; die Resorption scheint in solchen Fällen nicht geschädigt zu sein, denn die Gewichtszunahme erreicht kolossale Resultate; und zwar ist das eine gewisse Demenzerscheinung; auch Idioten bieten sehr häufig das Symptom einer ausserordentlichen Gefrässigkeit; es fehlt hier anscheinend das normale Sättigungsgefühl.

20. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 20).

Patient leidet an alkoholischer Pseudoparalyse.

Wir wissen, dass er ein schwerer Patator ist. Bei Eintritt beantwortet er die Fragen sinngemäss, ist sonst orientiert, äussert aber auffallende Gedächtnisschwäche, ist deutlich leicht dement.

Bald fällt sein affektloses Wesen auf. Der Patient, dessen Zustand im Fortschreiten begriffen war, nahm an Gewicht immer mehr zu. Auch mit dem andauernden Ansteigen der Gewichtskurve trat totale Verblödung auf.

21. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 21.)

Patient W. leidet an Paralyse. In Bezug auf Lues ist nichts bekannt, doch zeigt er typisch-paralytische Zeichen: Gedächtnisschwäche, Abnahme der geistigen Fähigkeit und Sprachstörung.

Während den ersten Wochen treten bei dem Patienten häufige Anfälle auf, wonach auch der Patient bedeutend an Gewicht abnahm. Der schwere demente Zustand des Patienten dauerte immer noch an und trotzdem ging die Körpergewichtskurve sehr in die Höhe.

Bei der Paralyse pflegt die Erregung, wie bei Manisch-depressivem Irresein mit Verlust an Gewicht einherzugehen. Es ist aber charakteristisch für Paralyse, dass der Abstieg wie der der Beruhigung folgende Anstieg gewöhnlich steil sind.

Bei schwer dementen Zuständen der Paralyse kann der Patient trotz anhaltenden Stupors bezw. Depressionszustandes an Gewicht zunehmen, ganz wie bei der Dem. praecox.

Der ruhig sich verhaltende Paralitiker nimmt gewöhnlich wie Dem. praec. Kranke an Gewicht zu. Wir treffen bei der Paralyse aber Zustände, bei denen die Gewichtskurve fortwährend steigt, um plötzlich, ohne dass wir irgendwelche Veränderungen im psychischen oder somatischen Befinden des Patienten merken, ganz steil zu sinken.

22. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 22.)

Patient F. leidet an Paralyse. Anamnestisch wissen wir, dass er in der Jugend Lues hatte. Bei dem Eintritt ist er ruhig, orientiert, psychisch deutlich dement. In der ersten Zeit nahm er bedeutend an Gewicht zu und während der Zeit trat auch eine gewisse Remission und nun sank die Körpergewichtskurve allmählich ohne dass man irgendwelche Veränderungen in seinem psychischen oder somatischen Befinden konstatieren konnte.

23. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 23.

Patient S. bietet ein Bild des Endzustandes bei Paralyse. Der ruhig sich verhaltende Patient nahm zuerst an Gewicht zu, um bei dem Fortschreiten seiner Krankheit rapid abzunehmen.

24. Fall.

(Siehe Gewichtskurve 24.)

Patient Z. leidet an Dementia paralitica. Aetiologisch wird Lues zugegeben. In den 1. Wochen der Krankeit entwickelte sich starke Erregung und zu der Zeit nahm Patient bedeutend an Gewicht ab. Die Körpergewichtskurve die nun während der Beruhigung steil anstieg, sank bei Ausbruch der Erregung. Nun wurde der Patient total desorientiert, somnolent. Der Stuporzustand, der jetzt eintrat, dauerte längere Zeit und ging mit einer grossen Körpergewichtskurve einher. In stark dementem Zustand wurde er nach seiner Heimat transportiert.

Unsere Ergebnisse bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei den epileptischen Anfällen ergaben, dass dieselben gewöhnlich mit Verlust an Gewicht einhergehen. Derselbe ist aber gering im Vergleich zu den paralytischen Anfällen.

Fassen wir unsere Resultate bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei Psychosen kurz zusammen, so ergibt sich, dass im Allgemeinen die Gesetzmässigkeit zwischen Gewicht und

psychischem Zustand nicht abhängig ist von dem diagnostizierbaren Zustand, sondern von dem individuellen Verlauf der Krankheit und von dem speziellen Symptomenbild, besonders ist dies der Fall bei Dementia praecox Patienten, welche die verschiedensten Zustandsbilder in ihrer Symptomatologie bieten und ebenso bei der Paralyse, während bei affektiven Psychosen (manisch-depressives Irresein) die Beziehung zwischen manischer resp. depressiver Phase und Gewichtskurve klarer und einfacher ist.

Wie nun das Körpergewicht, abgesehen von ganz wenigen Fällen, der Index des Ernährungszustandes ist, so bildet die Körpergewichtskurve, ähnlich wie die Temperaturkurve für febrile Affektionen, das Mittel, den Krankheitsverlauf nach einer wesentlichen Seite hin zu verfolgen, und bietet die Frage der Körpergewichtsveränderungen daher, unzweifelhaft ein weiteres Mittel für die Kenntnis und damit zugleich für die Bekämpfung der Psychosen selbst. Zweifellos bietet uns die genaue Kenntnis des Verhaltens des Körpergewichts bei Psychosen in manchen Fällen die Möglichkeit, die Ausbrüche noch im Keime zu ersticken.

In der Einleitung unserer Arbeit haben wir auf die sich widersprechenden Resultate hingewiesen, die die einen Autoren gegenüber den anderen bezüglich des Verhaltens des Körpergewichts bei Psychosen gefunden haben.

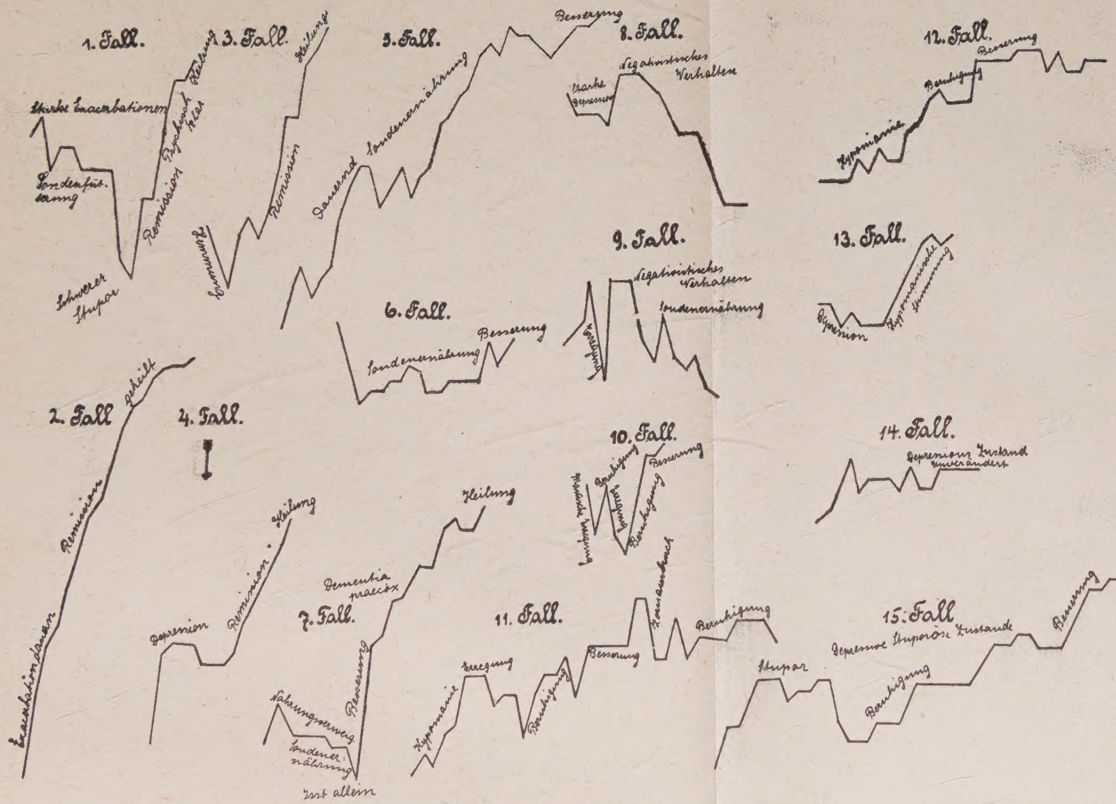
Dasselbe gilt auch für unsere Ergebnisse.

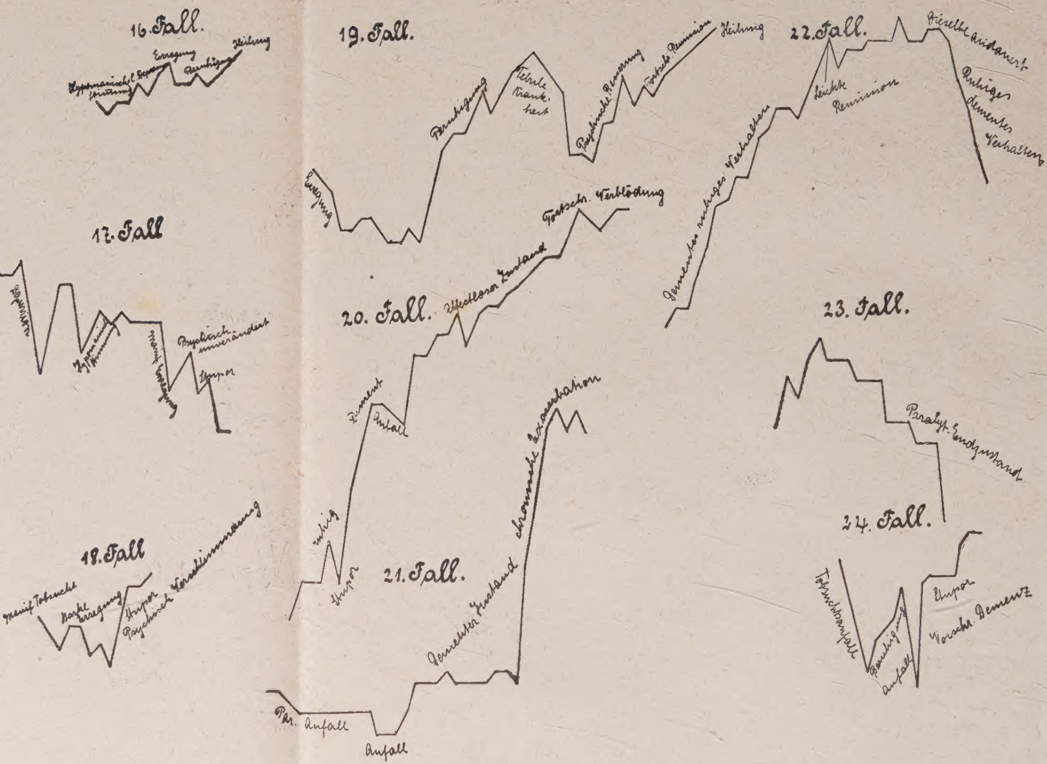
Woher kommen nun diese Unterschiede in den Angaben der einzelnen Autoren, welche doch alle ihre Ergebnisse auf Grund entsprechender Krankengeschichten uns geliefert haben?

Da die Ernährung ihren genauen Ausdruck findet im psychischen Befinden, so fragt sich: Sind es nicht die Ernährungsverhältnisse in den einzelnen Kliniken, die uns dies erklären.

Literatur

1. **Krafft-Ebing:** Lehrbuch der Psychiatrie, Bd. I., S. 145—146.
2. **Nasse:** Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 16, cit. b. Fürstner vide Nr. 4.
3. **Esquirol,** cit. b. Pförringer.
4. **Fürstner:** Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Psychosen". Deutsch. Arch. f. Kln. Med. Bd. 46, S. 272.
5. **Kraepelin.** Allg. Psychiatrie. Bd. I, 5. Aufl., S. 247.
6. **Huppert.** Schmidt's Jahrbuch v. Jahr 1877, S. 260.
7. **Pförringer.** „Ueber das Verhalten d. Körpergew. b. Psychosen. Monatschrift f. Psych. Bd. 23, S. 124.
8. **Stern.** Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47, S. 546.
9. **L. Meyer.** Archiv f. Psych. Bd. 4, S. 139, Jahrg. 1874.
10. **Stief.** cit. Schmidts Jahr 1881. „Ueber Cycl. Seelenstörungen."
11. **Baillarger** Dr. med., psych. 1887. cit. bei Pförringer, vide 7.
12. **Schüle.** Handbuch d. Geisteskranken.
13. **Stark.** Ueber das Verhalten des Körpergew. bei periodischen Psychen. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 44.
14. **Pilcz.** „Ueber period. Geisteskr. Jahr 1907.
15. **Ripping.** Schmidts Jahr 1881.
16. **Karrer.** Schmidts Jahr 1881.
17. **Dittmar.** „Ueber regulatorische und cyclische Geistesstörung."
18. **Emmerich.** „Ueber cycl. Seelenstörungen". Schmidts J. 1881.
19. **Lombroso.** Arzt med. psych., 4. Serie. pag. 218.
20. **Kraepelin.** Spezielle Psychiatrie. 6. Bd., 6. Aufl., 1899.
21. **Kowalewskyj.** „Das Wiegen v. Epileptischen als objektives Anzeichen, epilept. Leiden. Arch. f. Psych., Bd. 11.
22. **Von Olderogge.** Etw. über d. Schwankung des Gewichts bei Epilept. Arch. f. Psych. Bd. 12.
23. **Pilcz.** Lehrbuch d. speziellen Psychiatrie. J. 1904.


1. Fall.
Starke Exacerbationen
Sondenfütterung
Schwerer Stupor
Remission
Psychose klar
Heilung
2. Fall
Exacerbationen
Remission
geheilt
3. Fall.
Hemmung
Remission
Heilung
4. Fall.
Depression
Remission.
Heilung
5. Fall.
Dauernd Sondenernährung
Besserung
6. Fall.
Sondenernährung
Besserung
7. Fall.
Dementia praecox
Nahrungsverweig.
Sondenernährung
Isst allein
Besserung
Heilung
8. Fall.
Starke Depression
Negativistisches Verhalten
9. Fall.
Negativistisches Verhalten
Sondenernährung
10. Fall.
Beruhigung
Besserung
11. Fall.
Hypomanie
Erregung
Beruhigung
Besserung
Beruhigung
12. Fall.
Hypomanie
Beruhigung
Besserung
13. Fall.
Depression
Hypomanische Stimmung
14. Fall.
Depressions Zustand unverändert
15. Fall
Stupor
Depressive Stuporöse Zustände
Beruhigung
Besserung


16. Fall.
Erregung
Heilung
17. Fall
Psychisch unverändert
Stupor
18. Fall
manis. Tobsucht
Starke Erregung
Stupor
Psychische Verschlimmerung
19. Fall.
Erregung
Beruhigung
Febrile Krankheit
Psychische Besserung
Fortschr. Remission
Heilung
20. Fall.
ruhig
Stupor
Dement
Anfall
Affektloser Zustand
Fortschr. Verblödung
21. Fall.
Par. Anfall
Anfall
Dementer Zustand
chronische Exacerbation
22. Fall.
Dementes ruhiges Verhalten
Leichte Remission
Dieselbe andauert
Ruhiges dementes Verhalten
23. Fall.
Paralyt. Endzustand
24. Fall.
Tobsuchtsanfall
Beruhigung
Anfall
Stupor
Fortschr. Demenz